



# QUEJA SOBRE PRIVACIDAD DE LÍNEA TELEFÓNICA

Office of the Indiana Attorney General

Para facilitar la investigación, por favor complete ambos lados de esta forma. Una vez que la haya completado envíela por correo a:

Attn: Telephone Privacy  
Government Center South, 5th floor  
302 West Washington Street  
Indianapolis, IN 46204-2770

El asterisco (\*) indica información importante que debemos tener para conducir la investigación.

| SUS DATOS  |         |                                |                |
|--|---------|--------------------------------|----------------|
| *Nombre  |         | Correo electrónico             |                |
| *Domicilio   | *Ciudad | *Estado                        | *Código Postal |
| Teléfono en el día (      )  |         | Teléfono por la tarde (      ) |                |
| ¿Está de acuerdo en que la División de Protección al Consumidor divulgue lo siguiente sobre su queja?: |         |                                |                |
| 1. El tipo y resultado de su queja y nombre del negocio o prestador de servicios.                      | Si      | No                             |                |
| 2. Su nombre   | Si      | No                             |                |
| 3. Su número de teléfono   | Si      | No                             |                |

| INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE EN EL TELÉFONO |                     |                                     |        |
|---|---------------------|-------------------------------------|--------|
| *Nombre de compañía o prestador de servicios      |                     | Teléfono                            |        |
| *Fecha de la llamada                              | *Hora de la llamada | a.m. or p.m.                        |        |
| *Producto o servicio que le ofrecieron            |                     | Nombre del representante o vendedor |        |
|   |                     | Dirección                           |        |
|   |                     | Ciudad                              | Estado |
|   |                     | Código Postal                       |        |

| ACERCA DE LA LLAMADA   |    |    |
|--|----|----|
| *Número al que le llamaron: (      )   |    |    |
| ¿Esta registrado en "no call list"?  | Si | No |
| ¿Fue una llamada con mensaje grabado?  | Si | No |
| ¿Fue llamada de fax?   | Si | No |
| ¿Registró el número de quien llamó?  | Si | No |
| ¿Estaría dispuesto/a a testificar en la corte respecto a esta queja?           | Si | No |
| ¿Aprobaría que obtuviéramos registros de llamadas de su compañía de teléfonos? | Si | No |

**EXENCIONES POR ESTATUTO**

**Si usted contesta "Si" a cualquiera de las siguientes preguntas, la ley de Indiana no nos permitirá tomar acción alguna en su caso.**

Usted pidió que le llamaran a su hogar / teléfono. Si  No

La llamada fue relacionada con deudas pendientes o algún contrato no finiquitado al momento de la llamada. Si  No

La llamada fue por parte de una organización caritativa. Si  No   
En caso afirmativo el solicitante se identifico como:  
 voluntario de una organización caritativa  
 empleado de la organización  
 trabajador de una compañía de tele marketing  
 no se

La llamada fue hecha por un agente de bienes raíces o agente de ventas. Si  No

La llamada fue hecha por un vendedor de seguros. Si  No

¿La llamada fue para ofrecer una subscripción a un periódico? Si  No   
En caso afirmativo el solicitante dijo que:  
 era un voluntario  
 era empleado del periódico  
 trabajaba para una compañía de tele marketing  
 no se

**CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN**

Declaro que la información en esta forma es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Doy consentimiento para que la División de Protección al Consumidor tenga acceso a cualquier información o documento que requiera y sea pertinente a esta investigación.

\_\_\_\_\_   
Su firma

\_\_\_\_\_   
Fecha

**COMENTARIOS ADICIONALES**

